de maléfices et de sorcellerie, et l'apparition de ce quadrupède me paraît un argument de plus pour supposer qu'il y a « du diable » dans l'histoire du vertige paralysant, c'est-à-dire que, les cas douteux étant exclus, on pourrait peut-être expliquer la propagation épidémique de cette maladie, dans certaines circonstances et dans certains milieux, par des influences psychiques occultes dont l'importance me paraît avoir été jusqu'ici méconnue. Je compte revenir plus tard sur cette question en publiant les cas que j'ai observés pendant ces dernières années.

RECUEIL DE FAITS

Un cas d'automatisme comitial ambulatoire.

Par le Dr H. Grandjean.

Communication faite à la Société vaudoise de médecine, le 6 juin 1891.

Messieurs,

Le cas dont je vais vous entretenir présente une analogie assez frappante avec celui qui a été étudié par M. Charcot dans les « Leçons du mardi à la Salpétrière [1] » et comme ce cas, il montre des anomalies qui en rendent le diagnostic étiologique difficile.

Je regrette de ne pouvoir vous le présenter ; mais M. T. n'habite pas Lausanne et a décliné ma demande. Sans cela vous auriez vu un homme de 34 ans , grand, bien musclé, au regard doux, et chez lequel l'aspect extérieur n'offre rien de particulier.

Comme *antécédents,* nous ne trouvons rien à noter dans la famille de notre malade. Le père est mort d'une pneumonie, les frères et sœurs se portent bien, aucun nervosisme ; un oncle seul a présenté des attaques d'épilepsie dont un accès l'a précipité dans une pièce d'eau, où il s'est noyé. C'est la seule hérédité que nous ayons pu constater.

M. T. est fort rangé, de mœurs paisibles, complètement étranger aux excès alcooliques ou autres. Il n'a jamais été malade, sauf quelques accidents dont aucun ne l'a atteint à la tête. Nous ne pouvons noter qu'une impressionnabilité facile. A l'âge de

[1] Policlinique 1887-1888, p. 155 et 1888-89, n° 14.

huit ans, il fut pris d'un léger accès de somnambulisme dans lequel il se leva en chemise, marcha dans la chambre de son père et félicita celui-ci d'avoir été nommé roi d'Italie. Depuis ce moment, aucune manifestation nerveuse jusqu'en 1890, époque à laquelle il travaillait comme géomètre dans le bureau d'un de ses confrères.

Vers la fin de janvier 1890, il eut des rêves pénibles ; c'est à ce moment que commencèrent les crises d'automatisme ambulatoire. Ces cauchemars durèrent deux semaines, toutes les nuits ; pendant la journée, T. était déprimé, avait « du noir » sans aucune cause apparente, jamais de crises ni de vertiges. Ces prodromes se présentent exactement semblables avant chaque accès ambulatoire.

Le 9 février 1890, T. travaillait à son bureau comme d'habitude, lorsqu'à 9 h. du matin, il prend son chapeau, perd conscience de lui-même, part à pied, arrive le soir à Payerne où il reprend conscience dans une chambre d'auberge, au milieu de la nuit. Ne reconnaissant pas son logis habituel et se sentant très fatigué, T. attend au matin pour se renseigner. Il avait fait près de 50 kil. à pied sans garder le moindre souvenir de cette marche ; ses souliers étaient usés, mais ses vêtements dans un ordre parfait. Notre malade ne ressentait qu'un violent mal de tête ainsi qu'une grande lassitude. Il ne présentait aucun des symptômes de la crise habituelle d'épilepsie : ni morsure de la langue, ni incontinence d'urine, etc.

Pendant toute cette première crise, comme du reste dans les suivantes qui furent plus longues, il a dû se conduire d'une manière parfaitement correcte ; c'est ce qui ressort des témoignages de personnes qui l'ont rencontré et avec lesquelles il s'est entretenu.

A la suite de cette fugue, T. reste sept mois tranquille, se portant parfaitement bien. Il faut pourtant noter quelques *absences* qui commencent un mois après la crise et se manifestent seulement pendant son travail.

En voici un exemple :

En copiant des pièces pour le cadastre, il était surpris d'avoir écrit pendant une heure sans garder aucun souvenir de ce fait. L'ouvrage était très bien fait ; pas une faute. Ces absences se reproduisent à peu près tous les quinze jours, jusqu'au moment d'une nouvelle crise qui se manifeste le 7 septembre 1890, à 8 h. du soir. Inutile de dire qu'elle est précédée, comme la première et comme le sera la troisième, des mêmes prodromes.

Donc le 7 septembre, en se promenant, il devient subitement inconscient. Sans aucun phénomène précurseur, sans idée fixe d'aller à un endroit plutôt qu'à un autre, notre malade se rend à Cossonay où, dans un cabaret, il joue aux cartes avec deux personnes de sa connaissance. Après avoir payé ce qu'il a bu, il sort dans la nuit. Nous perdons sa trace jusqu'au lendemain ; quelques personnes le rencontrent alors près d'Eclépens. Il

cause avec elles et ne frappe leur esprit par aucun signe d'incorrection. Le soir il va manger et coucher dans une auberge qui est à côté de la maison où il a son logement; c'est seulement le 9, soit deux jours après, qu'il reprend conscience, à 9 h. du matin, sur un pont près de Cossonay. Il se demande comment il se trouve là, d'où il vient, et provoque les rires d'un passant en demandant quel jour il est. Détail curieux, sa montre était à l'heure. Il avait dépensé son argent. Il souffrit de la tête et se sentit très fatigué pendant deux jours.

Cinq mois se passent avec les mêmes absences que précédemment. Le 8 février 1891, à 4 h. du soir, T., sortant de la poste, perd conscience. C'est la troisième crise. Nous ne trouvons sa trace que le lendemain, jour où nous savons, par le chef de gare, qu'il prit le train pour Payerne. Arrivé dans cette ville, il rend visite à quelques amis, va chercher son frère à l'infirmerie et ne le trouvant pas, reprend le train à 6 h. du soir. Nous perdons de nouveau sa trace pendant toute la nuit suivante et nous savons seulement qu'il se réveilla, c'est le mot propre, le 10 février, c'est-à-dire deux jours après, dans l'après-midi, à une demi-lieue de son domicile. La céphalalgie est cette fois plus violente que d'habitude, la fatigue très grande. Il est moulu, brisé pendant trois ou quatre jours. Ne pouvant reprendre son travail de suite, notre malade se rend à Lausanne où nous sommes appelé à lui donner des soins.

Nous l'avons examiné minutieusement et nous n'avons trouvé ni asymétrie crânienne, ni point douloureux du crâne ou de la colonne vertébrale. Pas d'inégalité pupillaire; acuité visuelle sans diminution, pas de point douloureux sur l'épigastre ni dans la région testiculaire. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie, ni de paraplégie, ni aucun stigmate hystérique. La motilité est excellente, pas de diminution ni d'exagération du réflexe rotulien, pas de sensations anormales, rien de particulier dans les sens spéciaux ; les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien d'anormal. Le pouls ne donne que 60 pulsations ; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Si j'ai été un peu long dans la description de cette fugue, c'était pour montrer que notre malade agissait d'une façon aussi correcte que s'il avait été conscient. Il accomplit les actes les mieux coordonnés et les plus complexes, tels que jouer aux cartes, demander son billet de chemin de fer, monter et descendre du train à la station indiquée sur son billet, causer sensément, manger, dépenser son argent, avec une inconscience complète. De plus ses actes sont considérés comme parfaitement normaux. Le témoignage des personnes avec lesquelles il s'est trouvé en rapport le prouve pleinement.

Le retour à l'état conscient dans ces crises, d'une durée de 16 à 45 heures, est suivi d'une amnésie absolue.

J'ai consulté un peu la littérature scientifique à ce sujet, mais je n'ai pas trouvé beaucoup de cas analogues. Ceux qui

s'en rapprochent le plus ont été publiés par MM. H. Frenkel[1], Motet et surtout Charcot[2].

Le diagnostic étiologique probable qui nous semble découler de ce qui précède, est que nous avons affaire à un homme atteint d'automatisme ambulatoire dépendant du mal comitial.

Nous nous fondons sur les faits suivants :

D'abord les prodromes : dépression psychique et rêves pénibles, correspondent assez bien à une « aura » épileptique de longue durée.

Les crises elles-mêmes, tranquilles, sans violence aucune (ce qui est une anomalie) pendant lesquelles notre malade erre sans but et exécute de longues marches, se retrouvent dans les accès de même nature.

La céphalalgie et la fatigue très grande qui suivent les crises, caractères indiqués par MM. Voisin[3], Charcot[4] et d'autres auteurs, sont en faveur de l'épilepsie et contre l'hystérie.

L'amnésie totale et qui ne se dissipe jamais[5], parle dans le même sens.

Les absences entre les crises sont de nature essentiellement épileptique.

Les symptômes hystériques que nous avons cherchés sur notre malade manquaient entièrement.

J'ajouterai encore un argument de nature thérapeutique. Dès la fin de la troisième crise, nous avons administré à M. T. le bromure de potassium, à la dose de 5 à 6 gr. par jour; et depuis quatre mois que le malade suit ce traitement, les absences n'ont plus reparu. Il en est de même des rêves pénibles, de la dépression psychique et par conséquent des crises d'automatisme. Ceci est important; car cette action d'arrêt sur les crises, de la médication bromurée est un argument fondamental pour M. Charcot, qui se porte garant qu'elle n'agit pas de même sur les attaques délirantes ou convulsives de l'hystérie.

D'après la marche des accès, indiquée plus loin, nous devions nous attendre à une crise complète dans ce laps de quatre mois, mais l'administration du bromure l'a totalement empêchée.

Voici cette marche :

1re crise, le 9 février 1890, 16 h. de durée, puis 7 mois d'intervalle.

2me crise, le 7 septembre 1890, 37 h. de durée, puis 5 mois d'intervalle.

3me crise, le 8 février 1891, 45 h. de durée.

[1] Etudes psycho-pathol. : Sur l'automatisme, etc., p. 50. — L'analyse du cas de M. Motet se trouve dans le même volume.

[2] Loc. cit., *Policlinique* 1888-89, n° 14.

[3] *Semaine méd.*, 10 août 1889, p. 291.

[4] Loc. cit.

[5] Dr H. Frenkel Loc. cit., p. 70.

Comme anomalie, nous avons déjà cité la tranquillité de la crise; nous pouvons ajouter le fait que notre malade n'a présenté aucune attaque épileptique antérieure, mais cela ne suffit pas pour infirmer notre diagnostic.

Nous noterons aussi l'absence de violence au début et à la fin des accès.

Il faudrait encore établir en quoi notre cas diffère des automatismes ambulatoires de nature traumatique, alcoolique ou somnambulique [1].

Nous pouvons éliminer les deux premiers, notre malade n'ayant jamais reçu de coups, ni fait de chutes sur la tête, et de plus, n'étant nullement alcoolique. Du reste, la répétition des crises suffirait à éloigner cette cause.

Il nous reste le somnambulisme.

M. T. n'a eu qu'un seul accès de somnambulisme dans son enfance, accès qui ne s'est jamais reproduit. De plus, le somnambule voyage presque toujours la nuit, son regard est caractéristique et son aspect le distingue facilement d'un homme qui paraît tout à fait raisonnable [2].

D'après les auteurs, le somnambulisme n'étant pas un type clinique bien défini, ne peut servir de base à une différenciation absolue [3].

Les neuro-pathologistes tendent maintenant à faire du somnambulisme une manifestation épileptique ou hystérique; ce qui n'infirmerait pas notre supposition.

Il y aurait encore à exclure l'automatisme des aliénés et celui des fébricitants; mais nous avons affaire ici avec un homme en pleine possession de son intelligence et qui ne présente aucune trace d'accès fébrile.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE [4]

Séance du 2 mai 1891.

Présidence de M. le Dr Morax, Vice-Président.

Il est donné lecture du procès-verbal de la séance du 4 avril.

M. Roux, absent à cette séance, désire à propos de la communication de M. Treuthardt sur le traitement des fractures faire la remarque suivante :

Il lui semble que pour être démonstratifs les cas de fractures articu-

[1] L'automatisme hystérique a déjà été différencié plus haut.

[2] Charcot, loc. cit.

[3] Frenkel, loc. cit.

[4] Nous ne recevrons que pour le n° de juillet le compte rendu de la séance du 20 mai. — *Réd.*